

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes Hématiques du Mésocolon

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 4 mars 1921

PAR

Louis-Maximin-René-Marie TORD

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure) le 22 juin 1890

Examineurs de la thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur.		
		RIVIÈRE, agrégé.		
		DUVERGEY, agrégé.		

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

KYSTES MÉMATIQUES

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Kystes Hématiques du Mésocolon

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 4 mars 1921

PAR

Louis-Maximin-René-Marie TORD

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure) le 22 juin 1890



Examineurs de la thèse

MM. DENUCÉ, professeur, *Président.*

POUSSON, professeur.

RIVIÈRE, agrégé.

DUVERGEY, agrégé.

Juges.

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie .	DÉNUCÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZAS.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	GENTES.	ladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique. . .	DENIGES.
tologie.	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie.	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène.	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryologie.	PICQUE.	Médecine générale . . .	LEURET.
	N...		DUPÉRIÉ.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	PERRENS.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	LANDE.
Parasitologie et sciences	N...		GUYOT.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . . .	ROCHER.
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	PERY.
dicale	N...		FAUGÈRE.
	N...	Ophtalmologie.	TEULIÈRES.
Médecine générale. . .	PETGES.		LABAT.
	CARLES (J.).	Pharmacie	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS,
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée	N...
— d'Analyse chimique qualit. et quantit.	N...
— de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
— de Microbiologie	N...
— de Pathologie interne.	MAURIAC.
— de Pathologie externe.	GUYOT.
— de Vénérologie.	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MARCEL
mort pour la France

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS
ET DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

A MA GRAND-MÈRE MATERNELLE

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR M. DENUCÉ

*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
à la Faculté de Médecine de Bordeaux*

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de l'Instruction publique

Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec l'hommage de ma très respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Au début de ce modeste travail, c'est pour nous un devoir et une joie, de venir témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui se sont intéressés à nous durant notre vie d'écolier et d'étudiant.

Nos remerciements iront d'abord à nos chers parents, qui se sont imposés librement tant de sacrifices, nous permettant d'arriver à notre doctorat en médecine, pour lequel nous nous présentons aujourd'hui.

Nous penserons également à ceux qui durant notre vie d'écolier nous ont inculqué leurs sages principes, qui nous permirent de nous diriger durant notre vie d'étudiant.

Que tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, reçoivent ici le témoignage de notre respectueux souvenir, pour leur enseignement éclairé et la bienveillance avec laquelle ils nous ont initié à l'art de la médecine.

Toute notre reconnaissance ira à M. le Professeur Denucé, qui veut bien aujourd'hui nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'assurons que ses sages conseils et son enseignement clinique, si justement apprécié de tous, nous serviront de guide durant toute notre carrière médicale.

Nous garderons le meilleur souvenir de toute la bienveillance que M. le Professeur agrégé Duvergey a eue à notre égard, en nous confiant une observation personnelle et nous dirigeant dans notre travail ; nous l'en remercions.

Nous avons eu pour but de réunir le plus grand nombre

de cas possible de kystes du méso-colon ; d'en faire une étude sommaire et d'en montrer les complications graves qui peuvent survenir. Nous comptons sur une moisson plus abondante, espérant trouver de nombreuses observations se rapportant à la question, publiées pendant la dernière guerre. Le petit nombre de revues et de bulletins chirurgicaux mis à notre disposition ne nous l'a pas permis. Néanmoins, nous avons réuni 12 cas de kystes hématiques du méso-colon, trouvés tant dans la littérature française qu'étrangère. Aussi espérons-nous en l'indulgence de nos juges pour apprécier notre modeste travail.

Le mésocolon est par définition un repli péritonéal, reliant le gros intestin à la paroi abdominale postérieure. Comme les classiques nous le diviserons en plusieurs parties et les étudierons séparément.

Sur les colons ascendant et descendant il peut être plus ou moins long et quelquefois ne pas exister. Le gros intestin est alors appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par le péritoine qui recouvre toutes ses faces, sauf la postérieure. Le mésocolon ascendant est d'ailleurs plus fréquent que le descendant d'après Trèves, qui ne rencontra le premier que dans 36 % des cas et le second dans 26 %. D'autre part lorsqu'il existe, ses dimensions toujours minimes, sont d'après Testut de 15 à 20 millimètres.

Le mésocolon transverse dirigé obliquement de bas en haut et de droite à gauche, s'insère suivant une ligne transversale allant du rein droit au rein gauche en passant au niveau du bord inférieur du pancréas. Très court à ses extrémités, il est notablement plus long à sa partie médiane, et permet quelquefois au colon transverse, de descendre jusqu'à l'ombilic ou même plus bas.

Le mésocolon ilio-pelvien ou signoïde, partant de la crête iliaque n'existe pas ou est très court jusqu'au bord externe du psoas ; mais dans la partie moyenne de l'anse pelvienne il présente son maximum de développement, pour se rac-

courcir à nouveau jusqu'au niveau de la 3^e vertèbre sacrée où se termine le repli péritonéal.

Il est utile également de rappeler que chez l'embryon, les colons ascendant et descendant sont pourvus de mésos, qui disparaissent lors de son développement par accolement de leur face postérieure au péritoine pariétal postérieur. En ces points il y a coalescence de trois feuilletts. Si cet accolement est nul, le méso persiste ; ou s'il est incomplet, nous aurons la formation d'une cavité pouvant être l'origine d'un kyste.

Dores et déjà de par la constitution et l'embryogénie de ces mésos ; nous pouvons songer à plusieurs variétés de kystes hématiques.

Le mésocolon transverse étant donné sa position dans l'abdomen semble le plus vulnérable, et effectivement le plus grand nombre de cas relatés lui appartiennent. C'est ainsi que sur 12 nous en avons 7 pour le méso transverse.

De même le siège de la tumeur variera suivant que le méso est court ou long ; comme aussi seront différents les troubles fonctionnels que nous pourrons observer. Enfin, nous songerons à l'origine embryonnaire possible de ces kystes en nous rappelant le mode de développement des mésos.

Nous ferons un court historique de la question, examinerons les diverses étiologies de ces hématomes ; en étudierons la pathogénie et l'anatomie pathologique. La symptomatologie qu'ils présenteront nous permettra d'arriver à un diagnostic surtout de présomption, et de voir leur évolution rapide en général, compliquée souvent de troubles intestinaux graves, en assombrissant le pronostic.

Nous indiquerons enfin brièvement un traitement, qui est tout chirurgical et tirerons des conclusions pouvant servir de ligne de conduite au clinicien, en présence d'une telle affection.

HISTORIQUE

Les kystes hématiques du mésocolon n'étant qu'une variété de tumeurs du mésentère, il nous a paru utile de relater brièvement l'histoire de ces dernières. Avec Augagneur dans sa thèse d'agrégation, nous en diviserons l'évolution en trois périodes.

La première, dans laquelle toute tumeur abdominale est considérée chez la femme comme une grossesse pathologique et où les quelques faits relatés manquent complètement de précision.

Après la découverte des chylofères par Aselli (1622), nous entrons dans une ère nouvelle, dite période médicale. Mais alors nous tombons dans l'excès contraire et toutes les affections mésentériques sont dues à des lésions des lymphatiques et des ganglions. L'étude des affections péritonéales se résume à celle du carreau.

Cependant à cette époque, Petit le fils (1743), dans ses mémoires de l'Académie Royale de chirurgie, émet une théorie disant que le sang épanché dans le mésentère, se coagule et se collecte sur place, grâce à la pression exercée sur le vaisseau divisé par les viscères abdominaux. A cette même époque Garengeot est d'avis contraire et admet que le sang épanché gagne les parties déclives et se collecte dans les fosses iliaques. Depuis lors, les auteurs ont été d'avis partagé et Velpeau pour concilier tout le monde admet que :

Garengeot a raison pour les grands épanchements, et que Petit est dans le vrai pour ceux de moindre importance.

Mais c'est surtout Portal (1803) qui en France, étudia la question et publia une étude approfondie des tumeurs du mésentère. Il en entrevoit toute la portée, en fait une très bonne classification ; mais malgré ses idées fort justes, si précises, son enseignement n'est pas suivi. Cette étude est donc délaissée et le carreau lui-même perd de son importance, les médecins reconnaissant que l'invasion des glandes méseraïques n'est le plus souvent qu'un épisode d'une maladie générale. On cherche vainement quelques renseignements dans les cliniques de Trousseau ; le mot mésentère n'y est même pas prononcé.

Alors apparaît l'ovariotomie (1860) et avec elle le contrôle du diagnostic, montrant un kyste mésentérique au lieu d'un kyste de l'ovaire. C'est la période chirurgicale qui commence avec Péan (1880) qui, dans son traité des tumeurs abdominales consacre un chapitre à un cas de kyste hématique. Puis viennent les travaux de Tillaux, la thèse de Collet (1884) inspirée par ce dernier et qui étudie surtout la pathogénie des kystes mésentériques.

L'important travail d'Augagneur ouvre une ère nouvelle et après lui, la thèse de Rouiller (1885) nous montre le mécanisme de formation des kystes hématiques.

Braquehaye en 1892 étudie les modes opératoires des kystes du mésentère et Bégouin (1898) en précise la technique. Ce sont en outre les observations de Méry, de Fossard et Lecène, de Mazalitinoff, de Williams etc... qui tant en France qu'à l'étranger nous renseignent sur la question des kystes hématiques du mésocolon. Puis viennent les travaux de Bianchi, Papanicol, Barkeley, Buttar, etc..., les thèses de Bérard, de Roques, de Lévêque qui traitent de la question. Citons enfin l'important travail de Timbal (1910) qui résume tous les cas de kystes hématiques du mésentère trouvés jusqu'à ce jour ; en étudie la pathogénie et l'anatomie pathologique. Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu

et Delbet dont le tome qui nous occupe est rédigé par Chavannaz et Guyot. Les observations de Jacquot et Fairise, de Duvergey et Joltrain, la thèse de Cheyrouze inspirée par M. le Professeur Villar qui nous a paru être un des derniers travaux touchant à la questions des kystes hématiques du mésocolon qui nous occupe aujourd'hui.



ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

D'après Arékion sur 300 kystes mésentériques, un seul est hématique ; Braquehayé arrive à un rapport de 25 pour 104. C'est dire que ces hématomes sont rares. Timbal a réuni 49 cas et Lévêque dans sa thèse atteint un total de 85. Avec les observations que nous ajoutons à cette dernière statistique, nous arriverons à un total de 89, dont 12 sont des kystes hématiques du mésocolon. Nous obtenons ainsi sensiblement une proportion de 13 o/o.

Le métier de l'individu semble le prédisposer à cette affection, simplement et d'autant plus facilement qu'il l'exposera au traumatisme.

Si d'un côté l'homme de par ses occupations est plus sujet aux chocs, d'un autre la femme est souvent porteuse de kystes congénitaux qui facilement peuvent devenir hématiques. Ce qui fait, qu'en dernière analyse, la fréquence est sensiblement la même dans les deux sexes. Néanmoins nous pourrions dire que c'est dans l'âge mûr de 25 à 50 ans que nous les rencontrons. Nous n'en avons, pas trouvé chez l'enfant ; mais chez le vieillard quoique rares ils existent quelquefois.

La cause déterminante de l'apparition du kyste sera souvent le traumatisme. Pour Rouiller : « presque toujours la tumeur apparaît à la suite d'une contusion ou d'une plaie de l'abdomen ». De même Augagneur, Bérard, Arékion, Roques, Timbal, Lévêque admettent le rôle important joué par le traumatisme.

C'est le blessé de Duvergey qui reçoit des mottes de terre sur le dos ; c'est un coup de tampon de wagon pour le malade de Méry. Pas n'est besoin que ce choc soit fort. Une simple ponction exploratrice suffit (Villar) ; des efforts de toux ou de vomissements (Jeannel) également. Mais fort ou faible il n'en existe pas moins et doit être retenu.

A côté de ces cas, il en est d'autres où malgré des recherches minutieuses l'on ne trouve pas trace de traumatisme. Alors, il nous faut admettre que peut-être, le choc est passé inaperçu ou que nous sommes en présence d'un kyste primitivement séreux, devenu hématique secondairement par pachypéritonite hémorragique, processus semblable à celui que l'on trouve dans la vaginale.

Mais ce traumatisme lorsqu'il existera, n'agira pas toujours de la même façon pour arriver au même résultat : l'hématome intramésocolique.

Nous diviserons donc les kystes hématiques du mésocolon en plusieurs catégories.

1. — Ceux où le contenu est primitivement séreux, puis hématique secondairement.

Dans ces cas l'hémorragie peut se faire insidieusement, comme chez le malade de Masalitinoff ; porteur d'un lymphangiome kystique hémorragique, qui ne s'en était jamais plaint et qui mourut de toute autre affection. D'autres fois, le kyste peut évoluer sans trouble pendant un certain temps, deux ans (Fossard et Lecène) ; puis tout à coup devenir douloureux et se transformer en kyste hématique.

La pathogénie est quelquefois simple à saisir si l'on se souvient que les parois de ces kystes sont souvent sillonnées par de nombreux vaisseaux (Demos), qu'un simple choc peut rompre. Le vaisseau ouvert saigne alors dans la poche et en transforme le contenu.

Pour d'autres, sans traumatisme apparent, l'épanchement sanguin peut s'expliquer par un processus commun à toutes

les inflammations chroniques des séreux, la pachypéritonite de Gosselin. Inflammation produite par l'irritation constante de la tumeur grossissant sans cesse, aboutissant à la formation de néomembranes qui s'organisent et sont remaniées par des vaisseaux néo-formés très friables. Que l'un d'eux se déchire, le sang s'épanche à l'intérieur même de la paroi kystique d'abord ; puis fuse dans la poche se mélangeant au contenu du kyste préexistant.

Mais d'où viennent ces kystes séreux ? Ici les avis sont partagés et certains leur admettent une origine lymphatique ; d'autres une origine congénitale. Nous concluerons avec Timbal : « Qu'il faut être éclectique et admettre que certains sont des lymphangiomes kystiques ; que d'autres proviennent soit de l'appareil uro-génital, soit de débris endothéliaux persistants après la coalescence du mésentère primitif et du péritoine postérieur (Cunéo) ». Dans ce dernier cas la collection est plutôt rétropéritonéale.

C'est ainsi que le cas de Beurnier nous montre un kyste hématique semblant développé aux dépens d'un diverticule intestinal. Diverticules qui siègent souvent au niveau du colon, peuvent être acquis ou congénitaux. Les premiers ne nous intéressent pas ici ; mais les seconds peuvent se détacher complètement de l'intestin et former les kystes juxta-intestinaux de Terrier et Lecène, à contenu plus ou moins visqueux et jaunâtre, devenant facilement hématique. Formations kystiques décelables simplement par leur structure, celle de l'intestin en petit. Elle comprend un épithélium cylindrique ou caliciforme, quelques pseudo-glandes invaginées et une tunique externe contenant des fibres musculaires et des fibres conjonctives.

2. — *Ceux où le contenu est primitivement hématique.*

Dans ce cas il y a généralement traumatisme et le vaisseau peut saigner simplement entre les deux feuillets du méso ou envahir la cavité péritonéale.

Si la quantité de sang épanché n'est pas trop grande et que le mésocolon résiste ; ce sang se coagule, les caillots s'organisent et aboutissent à la formation d'une coque fibreuse. Si l'épanchement est plus considérable, que le méso soit déchiré, ou le malade meurt avec tous les signes d'hémorragie interne, ou le sang qui s'est répandu dans la cavité abdominale produit une réaction péritonéale. Réaction qui se traduit cliniquement par de la douleur, des vomissements et même des signes d'obstruction intestinale. Puis tout rentre dans l'ordre. Le sang se résorbe en partie ou en totalité ; le péritoine réagit en formant des adhérences qui enkystent l'épanchement à l'aide de néo-membranes de pachypéritonite hémorragique.

Mais la quantité de sang répandue dans la cavité peut être minime si bien qu'elle pourrait passer inaperçue, s'il ne se formait pas au point lésé, une péritonite localisée, aboutissant toujours à la formation de péritonite chronique. Secondairement dans tous ces cas le kyste hématique se produira par rupture de vaisseaux néo-formés. L'épanchement sera progressif et secondaire à la péritonite.

La néo-membrane d'après Dubut est nécessaire pour qu'il y ait hématome, car on connaît la facilité avec laquelle le péritoine absorbe le sang. Le sang épanché, se localise dans cette cavité toute préparée à l'avance et longtemps après quelquefois, l'on constate la tumeur.

Legroux en 1869 rapporte l'observation d'un hématome du mésocolon transverse chez un alcoolique. Si l'on se rappelle qu'un tel sujet fait facilement de la péritonite chronique, la pathogénie de ce kyste hématique est facile à comprendre. Les lésions péritonéales chez les alcooliques revêtent la forme d'une sclérose diffuse. D'autre part, les « scléroses péritonéales contiennent des vaisseaux sans résistance qui donnent lieu à des hémorragies capables de s'enkyster » (Manolesco). Hémorragie favorisée par l'augmentation de tension intra-abdominale chez l'alcoolique, souvent cirrhotique, ayant une circulation porte gênée.

Nous rapprocherons également de ces cas déjà indiqués, ceux où il n'y a pas eu de traumatisme extérieur. On a noté des hématomes mésocoliques chez des cardiaques par rupture d'un vaisseau du méso. La malade d'Owen, avait une lésion mitrale et présentait une aorte légèrement athéromateuse.

D'autres semblent dus à des efforts de toux ou de vomissements (Williams, Jeannel). C'est dire que ces efforts joueraient le rôle de traumatisme interne. Roques dans sa thèse y attache une grande importance en disant : « il est difficile de mettre en évidence le rôle des efforts violents, bien qu'ils nous paraissent en avoir un indiscutable ; le plus souvent, on n'en garde pas le souvenir, alors qu'un traumatisme même léger est accusé de tous les méfaits. »

Quoiqu'il en soit, l'hématome apparaît d'une façon rapide en général, lorsqu'il succède à un traumatisme. Il est également très vite décelable cliniquement, lorsque les vaisseaux rompus, des néo-membranes, saignent abondamment. Dans certains cas, on peut constater la tumeur abdominale aussitôt la douleur accusée par le malade. Dans les observations relatées, nous trouvons un délai de 2 jours à 6 mois entre l'apparition du kyste hématique et l'intervention chirurgicale, ou la mort du patient.

En résumé, nous avons des kystes préexistants à l'hémorragie, qui deviennent hématiques soit par blessure des vaisseaux de leur paroi ; soit spontanément par rupture d'un vaisseau, des néo-membranes qui les entourent, saignant à l'intérieur de la poche.

D'autres sont nettement d'origine traumatique et sont hématiques d'emblée, avec enkystement primitif ou secondaire de l'épanchement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces kystes hématiques du mésocolon se présentent à nous sous la forme ovoïde à grand diamètre vertical et sont rarement sphériques ou bosselés. Cette forme est surtout commandée par le mécanisme de formation comme l'ont étudié Gérard et Marchand. Ces auteurs ont conclu, à la suite d'expériences que le décollement des feuilletts mésocoliques se faisait dans « des espaces compris entre les départements artériels et les plicatures du méso ».

Ces kystes sont ordinairement uniques ; cependant sous l'effet du traumatisme, ils peuvent être multiples. Le malade de Legroux était porteur de deux hématomes du mésocolon transverse.

La grosseur de ces tumeurs est variable, elle est d'une mandarine dans le cas de Duvergey, d'une tête de fœtus (Villar). D'autrefois ces kystes contiennent jusqu'à 3 et même 5 litres de liquide hématique (Jacquot). Par contre lorsque le traumatisme est faible, un effort de toux ou de vomissement, l'hématome est minime et de la grosseur d'une noix (Williams). Le volume semble donc, dans une certaine mesure, en rapport avec leur ancienneté et leur mode de formation.

Dans la majorité des cas, le gros intestin distendu passe sur la tumeur ; chose importante au point de vue opératoire. C'est ainsi que dans 7 observations, nous trouvons la position antérieure 5 fois. Dans un cas, le colon est en dedans ; mais il s'agit de sa portion sigmoïde et par suite très mobile.

Dans un autre, le mésocolon transverse contient un kyste situé au-dessus de l'intestin ; qui ainsi a été abaissé par la tumeur.

Les parois de ces hématomes et de ces kystes sont épaisses, peuvent atteindre 5 ou 6 millimètres et plus, souvent. Leur structure varie suivant que nous avons un hématome enkysté primitivement ou secondairement, et un kyste séreux préexistant à l'hémorragie.

1. — *Hématome enkysté secondairement.*

Dans l'observations I, « la coupe intéresse une paroi fibreuse, dense comprenant des amas de pigments hématiques. » Dans l'observation III, la surface extérieure de la coque périkystique est lisse, formée par le péritoine. Les faces postérieure et interne ont l'aspect d'un tissu lamelleux. D'autrefois, la paroi du kyste « est formée par la superposition de plusieurs couches de tissu contenant des fibres élastiques ; qui n'est autre que le péritoine épaissi. A l'intérieur, on voit des masses irrégulières, très friables, se déchirant facilement, qui ne sont autres que des caillots fibrineux anciens. Par places au milieu de ces parties friables, on retrouve des parties dures, crétacées. Entre la paroi et les caillots, on trouve une couche sanguine noirâtre, les séparant, et de date récente. » Cette variété n'a donc pas de paroi propre. Nous retrouvons le péritoine dont les deux feuillets ont été réunis par des adhérences ; puis les caillots sanguins qui se sont organisés, et ont fabriqué cette couche fibreuse que nous trouvons sur les coupes.

2. — *Hématome enkysté d'emblée.*

Cette variété est plus rare que la précédente et ici l'hémorragie se fait comme nous l'avons vu entre les feuillets du mésocolon. Le sang se coagule, une partie du sérum ou la totalité transsude à travers le péritoine et, les caillots restés

à l'intérieur vont s'organiser en donnant cette couche fibreuse, formant la paroi du kyste. Notre tumeur variera donc de consistance suivant que nous aurons peu ou beaucoup de sérum à son intérieur.

C'est ce qui peut expliquer l'extrême dureté de quelques-unes ne contenant que des caillots sanguins.

3. — *Kyste séreux devenu hématique secondairement.*

Les observations IX et X relatent deux cas de ce genre ; mais de variétés différentes.

Le premier nous montre « une paroi à structure alvéolaire ; les alvéoles étant inégaux, revêtus par un endothélium, contenant soit de la lymphe coagulée, soit du sang. En dehors on trouve du tissu fibreux et le péritoine ». Les kystes de ce genre comprendront toujours trois couches superposées formant leurs parois. La première n'est autre que le mésocolon, dont les feuillets se touchent au niveau de son pédicule et s'écartent pour englober la tumeur.

Une moyenne, qui représente le tissu de réaction fabriqué par l'organisme pour isoler le kyste. Tissu conjonctif à parois très vascularisées, au niveau duquel se font souvent les hémorragies.

Enfin, une troisième couche, la plus interne, de nature endothéliale, qui caractérise la nature de la tumeur. Mais cette dernière couche fait défaut quelquefois et là nous tombons dans le second cas cité plus haut. D'après Augagneur, l'absence de ce tissu épithélial et de l'élément lymphoïde qui l'accompagne est un bon signe de kyste du mésentère. Dans l'observation de Fossard et Lecène, nous ne retrouvons pas cette troisième assise ; par contre la seconde présente « des cavités kystiques dont la paroi par endroit paraît revêtue d'endothélium. Ces cavités étaient remplies d'une matière amorphe ; de sorte qu'il s'agissait là de vaisseaux lymphatiques. »

Quoiqu'il en soit, le contenu du kyste sera tantôt rouge,

tantôt brun chocolat ; clair ou épais ressemblant à du raisiné.

Dans ce liquide nous trouverons simplement du sang pur dans certains cas ; dans d'autres, il sera mélangé à des caillots sanguins plus ou moins vieux, quelquefois infectés. Des paillettes de cholestérine, s'y rencontreront mélangées à de la fibrine, à des éléments cellulaires mortifiés.

D'autrefois, nous noterons l'existence d'albumine et la présence de traces d'urée.

SYMPTOMATOLOGIE

Ces kystes hématiques du mésocolon, ayant diverses origines se présenteront à nous avec des symptômes différents. Nous les étudierons à la période de début, et à la période d'état.

1. — *Période de début.*

Lorsqu'une hémorragie se produit à l'intérieur d'un kyste séreux préexistant, la tumeur semble acquérir une nouvelle vigueur et se développe rapidement en occasionnant quelquefois des accidents graves. Aussi peut-on savoir parfois, à quel moment le kyste est devenu hématique. Mais souvent son début est insidieux et l'hémorragie est progressive, due à la pachypéritonite. Alors les signes de début sont réduits au minimum ou nuls.

Si l'hématome est consécutif au traumatisme, outre la douleur immédiate, on constate de la réaction péritonéale se traduisant par des nausées, des vomissements, de la constipation et le faciès spécial. Mais d'autres fois aussi l'épanchement se fait à bas bruit, et la tumeur semble être le premier signe apparent, ne se montrant que longtemps après le traumatisme. Mais la plupart du temps, la période de début est marquée par de la douleur et des troubles digestifs. Symptômes que l'on a voulu expliquer par une action réflexe agissant sur le plexus solaire ou qui sont, quelques-uns, du moins, la conséquence de la loi des Stocks. L'inflammation de la séreuse irritée par le sang

épanché, ferait de la paralysie des muscles sous-jacents et dans le cas présent, des muscles intestinaux. D'où syndrome d'obstruction intestinale qui peut s'installer, ou simplement troubles gastriques avec constipation opiniâtre.

2. — Période d'état.

A cette période la symptomatologie est riche, la même pour toutes les variétés de kystes.

a) *Troubles fonctionnels.* — Ce sont encore les troubles digestifs les premiers en ligne, et les plus constants. Leur intensité varie et va de la simple pesanteur abdominale, aux douleurs vives, qui s'irradient dans les lombes, l'hypogastre, la cuisse. L'anorexie manque rarement, les malades présentent des nausées et des vomissements alimentaires, bilieux, fécaloïdes. La constipation opiniâtre n'est pas rare ; nous notons même la suppression des matières et des gaz. Nous pouvons avoir tous les signes d'obstruction ou d'occlusion intestinale ; tous les symptômes de compression des divers organes intrapelviens et intra-abdominaux. Pollakiurie pour celle de la vessie ; dysménorrhée par ischémie des organes génitaux, œdème des membres inférieurs, circulation veineuse collatérale superficielle par gêne circulatoire profonde. Dyspnée par mauvais fonctionnement du diaphragme. L'amaigrissement est en outre rapide et si l'on n'intervient pas, le malade meurt anémié ou cachectique.

b) *Signes physiques.* — Nous verrons une voussure de l'abdomen siégeant en un point quelconque ; mais surtout excentriquement. L'aspect du ventre variera suivant le siège de la tumeur. Nous pourrions noter de la circulation veineuse collatérale dans certains cas. Il faudra en outre, s'informer de la date d'apparition de la tumeur, de la façon dont elle a évolué, de son point de départ. Vérifier qu'elle n'est pas influencée par les mouvements respiratoires, à l'encontre de celles qui siègent dans le mésentère.

La palpation nous indique une grosseur de forme ovoïde, rarement sphérique, lisse, régulière ; mais cependant bosselée quelquefois (obser. II). Tumeur rénitente, dépressible, donnant parfois la sensation de flot ; de consistance variable, allant jusqu'à l'élasticité. La mobilité est nulle ou minime, car elle adhère souvent aux plans profonds. D'autre part la peau est mobile sur la tumeur et le changement de position du malade ne modifie en rien sa situation ; ce qui prouve qu'elle a un siège rétro-péritonéal. La tumeur présente en outre le contact lombaire dans quelques cas.

C'est à Tillaux que nous devons les principales notions de la percussion des tumeurs de l'abdomen. Elle doit être légère et forte. « Légère pour montrer l'existence d'une bande de sonorité traversant la matité environnante, et permet de conclure à la présence d'anses intestinales en avant de la tumeur. La percussion forte, sera profonde et montrera la matité kystique sous-jacente à la sonorité ». C'est ainsi que nous trouvons des zones mates de toutes dimensions avec zone de sonorité tantôt transversale, tantôt périphérique ; suivant que le colon passe devant le kyste ou est situé à droite, à gauche, au-dessous de lui. Le changement de position du malade, ne fera pas varier la zone de matité dans les cas de kyste du mésocolon ; chose qui n'existe pas pour les kystes du mésentère. Quoiqu'il en soit, la percussion peut donner quelques renseignements tant au point de vue grosseur de la tumeur, qu'à celui de position de l'intestin par rapport à elle. Chose importante à savoir pour la technique opératoire à suivre.

Le toucher vaginal ne donne pas grand résultat en général, à moins d'un kyste bas situé. Dans un cas (Observ. III), il permit de toucher le pôle inférieur de la tumeur dans le cul-de-sac intérieur. Il s'agissait d'un kyste du mésocolon descendant.

Le toucher rectal donnera des résultats dans les mêmes conditions que précédemment. L'auscultation de la tumeur

devra donner en général un renseignement négatif à moins d'une compression de l'aorte abdominale.

L'examen radioscopique pratiqué dans l'observation I, quoique n'ayant pas donné de très grands résultats devra se faire systématiquement. C'est un moyen d'investigation auquel on doit recourir de plus en plus et qui donnera souvent d'heureux renseignements.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes du méso-colon n'est pas chose facile à cause de l'extrême variété des signes qu'ils présentent, et des affections nombreuses avec lesquelles on peut les confondre. Pour Bianchi, la seule façon d'arriver à un résultat est de faire une laparatomie exploratrice. L'on peut être moins catégorique et dire avec Jacquot et Fairise, qu'il faut se contenter « d'arriver à un diagnostic de présomption et se borner à reconnaître qu'il existe une tumeur kystique et à en fixer le siège. » Mais il faut dire que dans la majorité des cas en éliminant l'idée de kyste hématique, on le confond avec une péritonite bacillaire, avec un kyste du pancréas, un cysto-épithélioma de l'ovaire, etc...

Au début, l'histoire de la maladie peut nous renseigner et nous indiquer s'il y a eu traumatisme abdominal. S'il existe un kyste au préalable, le malade peut ressentir des douleurs subites au moment de sa transformation en kyste hématique.

Lorsque la tumeur acquiert un certain volume, il faut savoir comment et d'où elle est venue. Une tumeur lisse globuleuse, non bosselée, rénitente ou fluctuante, siégeant dans la cavité abdominale est de nature kystique. Il faut ensuite essayer d'en préciser le siège. Si elle est mate, immobile, ne variant pas suivant les diverses positions du malade et les mouvements respiratoires, nous pourrons la localiser dans le méso-colon ou en faire une tumeur à siège rétro-péritonéal.

De plus elle sera tantôt coupée par une zone de sonorité, tantôt limitée par elle à droite ou à gauche, en haut ou en bas. A ces signes il faudra ajouter les troubles fonctionnels déjà indiqués et surtout digestifs.

Le diagnostic du contenu du kyste, ne pourra pas être fait et nous devons nous contenter des signes de présomption. L'intervention seule, nous renseignera d'une façon indiscutable. La ponction exploratrice, quoique tentante, ne devra plus se pratiquer à cause des nombreux inconvénients qu'elle présente.

D'après Timbal, les seuls signes cliniques qui font penser au kyste hématique sont : « l'existence du traumatisme antérieur et le développement du kyste par saccades ». Mais lors même, que nous trouvions ces deux signes, il nous faudra éliminer bon nombre d'affections pour ne pas commettre d'erreur. C'est ce que nous allons essayer de faire dans la seconde partie de ce chapitre.

Pour Rouiller, toute tumeur lisse, globuleuse, sans cachexie ; permet d'éliminer les tumeurs malignes. D'un autre côté les néoplasmes du tube digestif présentent en général des signes qui nous permettront de ne pas les confondre avec les kystes hématiques.

Si notre tumeur siège dans le méso-sigmoïde, outre la grossesse chez la femme, il faudra éliminer les kystes du mésentère, ceux de l'ovaire et la simple rétention d'urine.

Pour la grossesse, ce sera chose facile ; pour les seconds, nous dirons qu'ils sont plus mobiles, douloureux, présentant une zone sonore entre leur bord inférieur et le pubis.

Les kystes de l'ovaire offrent de grandes difficultés. Un toucher vaginal permettra de trouver une déviation de l'utérus du côté opposé. La tumeur sera née du petit bassin, aura remonté dans l'abdomen en se développant. Mais si nous avons un kyste du parovaire, le diagnostic sera presque impossible et une telle hypothèse ne pourra pas être éliminée.

Il suffira de sonder systématiquement les malades, pour

ne pas confondre le kyste hématique avec la rétention d'urine.

Si nos kystes siègent dans le méso-colon transverse ou descendant ; il faudra se baser sur le contact lombaire et sur l'existence d'une zone sonore fixe, les circonscrivant ou les traversant. Néanmoins, toute tumeur rétro-péritonéale, peut repousser le gros intestin et devenir cause d'erreur.

Le lipome siège dans la paroi et souvent cependant il est pris pour un kyste mésentérique. Les tumeurs du rein, le rein flottant, l'hydronéphrose ne nous arrêteront que peu ; car ils présentent cliniquement des signes pathognomoniques.

De même les ganglions lymphatiques hypertrophiés à siège rétro-péritonéal, sont ou bacillaires ou spécifiques.

La péritonite chronique existe presque toujours chez les bacillaires et se présente quelquefois sous la forme d'une tumeur adhérente, immobile et bosselée. Les antécédents du malade nous renseigneront souvent ; mais le diagnostic peut-être délicat lorsque la paroi du kyste est épaissie, calcifiée par l'inflammation chronique.

Les kystes et tumeurs de la rate sont plus volumineux, plus mobiles dans l'hypocondre gauche.

Les kystes du pancréas présentent une zone de matité transversale, séparant deux zones sonores, l'estomac et l'intestin. Il y a souvent déficit pancréatique et ictère.

Les tumeurs du foie siègent à droite et peuvent se confondre avec un kyste du méso-ascendant, ou de l'angle colique droit. Elles suivent le mouvement du diaphragme et le colon peut s'interposer entre le foie et ces tumeurs.

Les kystes de l'arrière-cavité des épiploons sont immobiles à siège sus-ombilical, recouverts par l'estomac qui est sonore. Ils provoquent en outre de la dyspnée.

La recherche des éosinophiles et la réaction de Weinberg, nous renseigneront au point de vue kystes parasitaires.

Il est donc difficile d'arriver à un diagnostic indiscutable ; le chirurgien seul, en intervenant, précisera la nature de la tumeur et de son contenu.

Evolution.

Les kystes hématiques du méso-colon ont en général une évolution rapide, presque subite dans le cas de Jeannel. L'état général devient vite mauvais, soit par l'affaiblissement dû à la quantité de sang épanché; soit par les troubles fonctionnels qu'amène la présence du kyste.

L'amaigrissement est progressif, quelquefois précoce, évoluant fatalement vers la cachexie et la mort du patient, si l'on n'intervient pas.

Pronostic.

Le pronostic de cette affection est toujours sombre, vu la cachexie à laquelle arrive le malade. Les complications toujours possibles sont graves et hâtent l'évolution de la maladie.

Il ne faut pas se baser sur la bénignité apparente d'un petit kyste hématique; mais bien intervenir chirurgicalement le plus vite que l'on pourra.

Complications.

Outre les complications communes à toutes les tumeurs abdominales, qui se traduisent par la compression des organes voisins, nous insisterons surtout sur celles qui sont les plus fréquentes, en même temps que les plus graves.

C'est ainsi que nous trouvons quatre fois de l'obstruction ou de l'occlusion intestinale, sur 12 cas relatés. Nous ne qualifierons pas d'occlusion intestinale, de simples troubles digestifs, que l'on trouve chez la majorité des malades; mais bien le syndrome entier avec suppression des matières et des gaz, accompagné de vomissements porracés ou féca-loïdes, ballonnement du ventre qui devient douloureux et tendu.

Un kyste séreux peut aussi produire un tel accident; mais il lui faut atteindre un volume suffisant pour faire de la compression intestinale, chose rare.

Pour les kystes hématiques, il en est autrement et l'obs-

truction intestinale, peut se rencontrer au début, ou beaucoup plus tard.

Obstruction précoce, causée par le traumatisme lui-même, déterminant une péritonite localisée au point lésé.

Obstruction tardive, due soit à la compression intestinale, par l'hématome devenu volumineux ; soit à l'irritation de la séreuse péritonéale par la pachypéritonite hémorragique, qui souvent est l'origine du kyste. En dernière analyse, nous avons donc : un iléus mécanique au cours de l'évolution de l'hématome, un iléus dynamique au début ou pendant son développement.

Dans le second cas il se produit alors de la paralysie des muscles intestinaux, avec météorisme des anses intestinales dilatées par les gaz, coudure et signes d'occlusion. Comme souvent ces kystes se forment lentement, avec formation de péritonite chronique, au fur et à mesure qu'ils grossissent ; à chaque réaction péritonéale, il pourra se produire une obstruction intestinale passagère.

Ainsi s'explique l'obstruction intestinale chronique que nous constatons et qui est toujours dangereuse.

L'on peut également envisager l'hypothèse, d'un simple ralentissement d'évacuation du contenu intestinal, par parésie des muscles intestinaux. Ainsi s'explique la constipation opiniâtre dont se plaignent ces malades.

Le contenu du kyste peut aussi s'infecter comme dans le cas de Jeannel. Les microbes dans ces conditions sont vraisemblablement des colibacilles venant de l'intestin. Le kyste peut se rompre et déterminer une péritonite, ou chose plus rare se vider dans l'intestin.

L'évolution de la grossesse ne semble pas devoir être influencée par la présence d'un kyste hématique. Il ne gênera le développement de l'utérus que par son volume, comme tous les kystes en général. Le cas relaté indique bien une fausse-couche, qui vraisemblablement doit être la conséquence de l'administration de lavements électriques, devant produire une débâcle intestinale.

TRAITEMENT

Les médicaments, pas plus que le traitement électrique ou l'application de rayons X ne semblent pas donner de résultats ; le seul traitement auquel il faudra recourir, est l'intervention chirurgicale.

Nous ne signalerons que pour mémoire la ponction du kyste et son ouverture après adhérences établies par les caustiques. Ponction simple ou avec injection de liquide modificateur qui présente de réels inconvénients. Outre la perforation intestinale possible, une péritonite peut se déclarer soit par infection de la poche ou par simple épanchement du liquide intra-kystique dans la cavité abdominale. De plus c'est une opération insuffisante ; le liquide se reformant assez fréquemment. Aujourd'hui depuis l'ère de l'aseptie l'extirpation et la marsupialisation sont les méthodes préconisées.

L'extirpation, méthode idéale, qui devra se pratiquer lorsque nous aurons un kyste de petit volume, ne présentant pas trop d'adhérences et n'obligeant pas à un trop gros délabrement du méso-colon. Il faut se souvenir que le méso est un organe contenant entre autres, les vaisseaux et les nerfs présidant à la nutrition de l'intestin. Comme l'a démontré Bégouin, dans des expériences sur des chiens, on peut produire facilement le sphacèle intestinal, en réséquant une trop grande partie de méso, si l'on sectionne les anses anastomotiques (8 ou 9 cm. chez le chien). Mais cette méthode présente bien d'autres inconvénients. Si le kyste est

trop adhérent, outre la rupture possible et l'infection secondaire ; il faut considérer le shock opératoire. Le plexus solaire se trouve quelquefois directement excité par les tiraillements et nous pouvons avoir des syncopes, même mortelles. De plus l'hémostase est souvent difficile à la surface de ces poches et des hémorragies post-opératoires sont à craindre. Secondairement, il se fait des adhérences qui un jour ou l'autre peuvent produire de l'obstruction intestinale.

La marsupialisation est souvent préférable et doit se faire dans le cas d'un kyste fortement adhérent. Pour ce faire, l'on aborde la tumeur soit par laparotomie médiane ou latérale. Aujourd'hui même, l'on pratique l'incision au niveau du kyste. Le méso est ouvert, on ponctionne le kyste qui se vide. Sa paroi interne est explorée en agrandissant l'orifice de ponction. La poche est complètement débarrassée des caillots sanguins qui peuvent s'y trouver et nettoyée. On marsupialise en suturant la paroi kystique à la paroi musculo-cutanée en totalité, ou après en avoir réséqué une partie. On établit un drainage soit avec de la gaze, soit avec un tube en caoutchouc. Cette intervention est rapide, supprime beaucoup d'inconvénients qu'offre la précédente. Cependant il faut avoir soin de surveiller le drainage de la poche pour éviter toute infection. Quelquefois également il peut se produire des adhérences post-opératoires ; mais cependant moins fréquemment qu'en employant l'extirpation de la poche kystique. De plus la marsupialisation donne des résultats éloignés tout aussi bons que l'autre intervention et bien souvent elle sera l'opération de choix.

Les résultats immédiats de l'opération, semblent moins en rapport avec la technique opératoire employée ; qu'avec le temps qui s'est écoulé entre l'apparition de la tumeur et le jour de l'intervention. C'est ainsi que sur 4 marsupialisations nous avons 3 guérisons, et que 3 extirpations ont été suivies 2 fois de succès. Ce qui fait un total de 5 guérisons sur 7 opérations.

Les cas malheureux, semblent l'avoir été parceque le kyste avait peut-être évolué trop rapidement, ou que l'intervention était trop tardive. Les malades étaient alors anémiés, par un volumineux kyste, contenant jusqu'à 3 et 5 litres de liquide hématique ; par suite peu aptes à supporter le shock opératoire. Ce qui nous montre une fois de plus la nécessité d'intervenir précocement. Quant aux résultats éloignés n'ayant eu aucun renseignement sur les malades après leur départ de l'hôpital, nous ne pouvons que les ignorer.

OBSERVATION I

Kyste hématique du méso-colon avec obstruction intestinale.

Duvergey et Joltrain (*Bulletin de la Réunion Médico-Chirurgicale*,
7^e région, 1917)

P... Marie, 10^e régiment territorial, est pris brusquement le 19 mai de violentes coliques au moment où il terminait son repas du soir. Il entre immédiatement à l'infirmerie du corps, où on lui administre un lavement sans résultat. Une purgation drastrique le lendemain a le même effet, et les vomissements commencent, d'abord alimentaires et bilieux. Il ne rend ni matières, ni gaz jusqu'à son entrée à l'hôpital le 22 mai. Des vomissements noirâtres et porracés sans être fécaloïdes surviennent dans la journée. Notre collègue Brunschwig, qui voit à cette époque le malade, trouve l'abdomen douloureux mais encore souple, sans contractions péristaltiques marquées de l'intestin, et, comme l'état général est bon, surseoit à l'opération non sans avoir administré une nouvelle purgation de 45 grammes d'huile de ricin. Pendant plus de 24 heures on ne constate aucun résultat. Enfin le 27, c'est-à-dire huit jours après le début des accidents, on assiste à une débâcle.

C'est alors que, pour la première fois, on perçoit dans la

fosse iliaque gauche une masse ovoïde du volume d'une noix qui paraît être sur l'S iliaque. Le malade s'améliore ne gardant que la constipation opiniâtre, mais, dans le courant du mois de juin, il fait à nouveau une crise d'obstruction intestinale, analogue à la première et cédant à l'emploi des purgatifs drastiques et de grands lavages,

Lorsque l'un de nous l'examine pour la première fois il n'existe plus aucun signe d'occlusion, mais on constate la présence, dans la fosse iliaque gauche, d'une tumeur paraissant suivre l'S iliaque, à limites diffuses avec un léger empatement permettant de soupçonner une réaction péritonéale voisine, et l'idée qui vient à l'esprit c'est l'hypothèse d'un néoplasme de l'S iliaque, d'un cancer en virole. Il entre dans le service central de médecine pour complément d'observation, examen des selles, du sang, radioscopie, etc..., le 9 juillet 1917.

L'état général du malade est excellent, il n'a pas la teinte jaune paille du cancéreux ; le pouls est régulier, la température à 37°. Les selles sont moulées, assez régulières malgré une légère tendance à la constipation. La recherche du sang dans les selles pratiquée à différentes reprises se montre négative.

La tumeur de la fosse iliaque gauche est toujours sensible, mais elle paraît avoir diminué de volume, tout signe d'irritation péritonéale a disparu. Elle se montre sous forme d'une masse ovoïde du volume d'une petite mandarine, paraissant adhérer aux plans profonds, facile à déplacer sur une petite étendue dans le sens vertical, mais paraissant immobile dans le sens transversal. Il est bien difficile par le seul examen clinique de déterminer exactement ses rapports avec l'intestin, bien que paraissant dans la région du colon descendant ou de l'S iliaque.

L'examen du sang en révélant 5.000.000 de globules rouges et 6.000 globules blancs montre qu'il n'y a ni anémie, ni leucocytose et contre-indique l'hypothèse de néoplasme.

L'équilibre moléculaire montre :

Polynucléaires neutrophiles...	70 0/0
Mononucléaires.	18 0/0
Lymphocytes.....	11 0/0
Eosinophiles.....	1 0/0

ce qui est une formule normale.

L'examen radioscopique est beaucoup plus intéressant. Nous le pratiquons avec le D^r Sire le 10 juillet 1917, le malade ayant été bismuthé la veille par trois doses de 40, 30, et 20 grammes.

On aperçoit à l'écran tout le bismuth dans le gros intestin ayant passé sans difficulté dans l'estomac et l'intestin grêle. La traversée digestive est normale. Le cœcum, le colon transverse et le colon descendant, remplis de bismuth, se dessinent aisément à l'écran. On s'aperçoit, en palpant sous l'écran la tumeur, qu'elle est perméable aux rayons et paraît isolée en dehors de l'anse intestinale. On peut ainsi nettement saisir la tumeur d'une main et de l'autre déplacer l'intestin. Le seul point anormal est la présence sur le colon descendant, à la partie inférieure, de quelques anneaux noirâtres où le bismuth paraît s'être arrêté en partie et qui nous semble en rapport avec quelques brides fibreuses.

Nous pensons alors à la possibilité d'un ganglion inclus dans le méso-colon, mais il est curieux de ne trouver aucune autre adénopathie. On ne constate par ailleurs aucun signe de bacilliose.

Les jours suivants l'état reste le même, l'abdomen reste souple il n'y a plus de phénomène d'obstruction intestinale, mais le malade s'amaigrissant et la constipation faisant craindre le retour d'accidents semblables, l'intervention est décidée.

Opération. — Le 25 juillet la laparotomie est pratiquée sur le bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen à gauche. Sitôt le péritoine ouvert le colon sigmoïde se présente. En arrière de celui-ci dans le méso-colon sigmoïde

on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une petite pomme d'api. Cette tumeur de consistance très dense, va du bord mésentérique du colon sigmoïde auquel elle adhère fortement à la paroi postérieure de l'abdomen. Elle est comprise entre les deux feuillets du méso-colon. Une teinte jaunâtre semble la recouvrir. A son niveau le colon est comme légèrement rétracté vers elle.

En dehors du colon sigmoïde, le péritoine est incisé ; par cette incision on pénètre dans l'épaisseur du méso, et la tumeur est disséquée péniblement, car elle adhère aux parties voisines par un tissu cicatriciel. A un moment donné même, la tumeur est ouverte et il s'écoule par l'ouverture une matière brunâtre très épaisse analogue à du raisiné épais. La tumeur est cependant extirpée complètement avec les plus grandes difficultés à cause des adhérences qu'elle a contractées de toutes parts. Le feuillet interne du méso est même ouvert et déchiré.

Après l'extirpation de la tumeur, ligature de quelques vaisseaux saignant dans la base du méso. Suture du feuillet interne du méso légèrement déchiré. Le feuillet externe du méso est suturé au catgut au péritoine voisin. Pas de drainage. Suture de la paroi en trois plans. L'opération a duré une heure. Suites post-opératoires normales. Guérison per primam. Les points de suture sont enlevés le dixième jour.

Le diagnostic de kyste hématique du méso-colon paraît donc évident. Il fut d'ailleurs confirmé par l'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée.

Examen anatomo-pathologique. — Cet examen fut pratiqué par notre collègue et ami le Docteur Roussy. La coupe intéresse une paroi fibreuse, dense, comprenant des amas de pigments hématiques, ce qui confirme parfaitement le diagnostic de kyste hématique.

Le malade a quitté le service le 1^{er} septembre complètement guéri. Tout est rentré dans l'ordre.

Un point intéressant dans cette curieuse histoire clinique,

c'est l'origine de ce kyste hématique. Le 25 août 1914, au début de la campagne, il avait été blessé d'une balle à la cuisse et pendant qu'il se trainait à terre, couché à plat ventre sur le sol, il avait reçu sur le dos une série de mottes de terre projetées par l'éclatement d'un obus tombé à proximité de lui. Evacué aussitôt à l'ambulance il éprouva de violentes douleurs abdominales avec vomissements noirâtres et avec des matières. Il aurait donc à cette époque déjà présenté quelques phénomènes d'occlusion intestinale. Il se rappelle avoir présenté pendant une quinzaine de jours une vaste ecchymose de la paroi. Evacué sur Tours, il aurait eu à nouveau des phénomènes d'obstruction ; dirigé sur un dépôt de convalescents il retourna après deux mois au front et reprit son service, sans prêter attention à quelques crises de coliques avec tendance à la constipation, dont il se plaignait parfois pendant les mois qui suivirent.

L'origine traumatique ne fait donc aucun doute. On voit que c'est très lentement que s'est constitué ce kyste hématique du méso-colon, dont l'histoire clinique présente d'autant plus d'intérêt que le diagnostic s'est présenté à nous avec de réelles difficultés.

OBSERVATION II

Kyste du méso-colon gauche (Méso-sigmoïde)

Villar in thèse de Cheyrouze p. 27 (Résumée)

Marie X... 50 ans entre le 26 novembre 1913 pour se faire opérer d'une grosseur qu'elle a dans le ventre.

En novembre 1911 découverte par hasard d'une petite tumeur. En juin 1913 ponction exploratrice qui ramène un liquide clair. La tumeur se résorbe et la malade accuse quelques vagues douleurs dans l'abdomen ; mais la grosseur reparait presque aussitôt.

A son entrée à l'hôpital, état général excellent, pas de circulation collatérale, ombilic normal ; voussure de la région hypogastrique gauche. Dans la fosse iliaque gauche on trouve une tumeur du volume d'une tête fœtale à terme, arrondie, présentant trois bosselures. La tumeur est rénitente avec des points fluctuants. La mobilité est nulle, elle est fixée dans la profondeur, par le contact lombaire ; la peau est mobile sur la tumeur. Sonorité au-dessus et en dessous ne variant pas lorsque l'on change la malade de position. Les touchers vaginal et rectal sont négatifs. Aucun signe de compression n'est visible.

Le diagnostic rationnel était cysto-épithélioma de l'ovaire, le kyste du mésocolon était éliminé à cause de l'absence d'une zone sonore au-devant de la tumeur.

Le 9 décembre 1913 laparatomie montrant une tumeur immobile, cotoyée en dedans par le gros intestin. Elle éclate et laisse écouler un liquide brunâtre qui n'a pas été recueilli. La poche kystique est située dans le méso-sigmoïde, l'utérus et les annexes sont normaux. On termine l'opération par une marsupialisation. La malade quitte l'hôpital cinq semaines après guérie.

L'examen histologique de la poche du kyste n'a pas été communiqué.

OBSERVATION III

Kyste hématique du colon descendant.

C. Jacquot et Fairise. (*Revue de gynécologie* 1913). — (Résumée)

Jeune fille de 18 ans entrant à l'hôpital pour tumeur de l'adomen. Une ponction pratiquée le jour de l'entrée ramena un demi litre hémorragique. Pas d'antécédents pathologiques, mais digestions pénibles, coliques et amaigris.

sement depuis peu. Le diagnostic porté est péritonite bacillaire.

A son entrée vomissements bilieux, ni selles, ni gaz. Ventre gros à gauche avec circulation veineuse collatérale.

Volumineuse tumeur bilobée de 26^{cm} de long faisant bomber le sinus costo-iliaque gauche. Sa surface est lisse, élastique donnant la sensation de flot. Tumeur fixe, déplacement latéral minime seul possible. Matité coupée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans par une bande sonore. Seconde bande sonore au niveau de l'encoche. Le toucher vaginal permet de sentir le pôle inférieur de la masse dans le cul-de-sac antérieur, avec sensation de poche liquide peu tendue.

La laparotomie pratiquée d'urgence montre un kyste inclus dans le mésocolon descendant. Une ponction ramène deux litres d'un liquide hématique fétide. L'extirpation du kyste est très pénible et la malade meurt le lendemain.

Autopsie. — Péritonite aiguë généralisée. Le colon descendant se trouve devant la poche kystique développée entre les feuillets de son méso. Cette poche est épaisse, répond à la région lombaire sans lui adhérer ; mais est accolée à l'intestin.

Le colon pelvien est normal. Les trois quarts de la surface extérieure de la poche périkystique sont lisses (péritoïne) ; les faces postérieure et interne sont lamelleuses. La paroi du kyste est épaisse, un quart à un centimètre, sa surface externe est presque lisse. La face interne est lisse par places, présente des villosités, des bourgeons. Les saillies en chou-fleur sont coralliformes et très découpées, assez friables et de teinte blanchâtre.

Le liquide du kyste, (4 à 5 litres) est brun chocolat, d'odeur fétide contenant des paillettes de cholestérine.

OBSERVATION IV

Kyste sanguin de méso-colon descendant (obstruction intestinale)

Jeannel, in Mémoires de Timbal. (*Rev. de Chirurgie*, 1910).

(Résumée)

Femme de 30 ans, ayant eu deux grossesses dont une fausse couche de deux mois avec légère poussée de métrite guérie. Troisième grossesse datant de 4 mois environ (janvier 1906). Des vomissements incoercibles s'installent, résistent au traitement médical ; mais la malade ne présente rien d'anormal du côté du ventre.

Le 1^{er} mai 1906 vives douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, s'irradiant dans la cuisse gauche et le nerf sciatique. On constate alors une tumeur dans le flanc gauche, du volume d'une tête fœtale. Les vomissements sont abondants, mais non fécaloïdes. Le ventre très douloureux se ballonne, les matières et les gaz sont supprimés. Oligurie notable, teinte acajou des urines.

Les 4 et 5 mai lavements électriques qui amènent une débacle avec cessation des phénomènes d'obstruction intestinale ; mais la tumeur persiste toujours. Une fausse couche se met en train et l'utérus se vide d'une môle vésiculaire de 1000 à 1200 grammes. La constipation persiste, nécessitant l'emploi de purgatifs et de lavements, sans grand résultat. Les douleurs surviennent avec des exacerbations par crises assez rapprochées.

A la palpation tumeur remplissant tout le côté de l'abdomen de forme hémisphérique, à contours vagues ; légère défense de la paroi. Pas de sensation de flot, ni de contact lombaire. Tumeur légèrement sonore et de consistance rénitente. Le toucher vaginal est négatif.

Le diagnostic était obstruction intestinale par stase ou coudure. La situation empirant, le 27 mai on opère sous chloroforme. Incision à gauche au niveau de la tumeur,

nous tombons sur le colon descendant libre sur son bord et sa face antérieure ; mais adhérent à la paroi abdominale par son méso sur toute la hauteur de l'incision. Le kyste existe, contenu dans le méso, fluctuant et adhérent aux anses intestinales du côté de la cavité abdominale. Aucune cause d'étranglement n'est visible. La poche se rompt et laisse écouler un litre de sang noir et vieux caillots fibrineux infectés, mélangés à du pus. Il s'agit bien d'un kyste hémattique infecté et non d'une grossesse extra-utérine, puisque l'utérus s'est vidé et que la poche est intramésocolique.

Après avoir nettoyé la poche mécaniquement par frictions avec des compresses, l'opération est terminée en marsupialisant. Drainage et sutures musculo-cutanées au crin de Florence.

Les vomissements cessent, le ballonnement du ventre disparaît, mais il existe une fistule stercorale que l'on opère le 16 juillet 1906 avec succès.

OBSERVATION V

Hématomes du méso-colon transverse, péritonite hémorragique, cirrhose et mort

Legroux. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1869. — (Résumée).

Cirrhotique de 50 ans environ évoluant vers la cachexie, pris subitement de vomissements le 8 novembre. D'abord séreux et abondants, ils deviennent fécaloïdes. Le ventre n'est pas douloureux. Pas d'obstacle constatable au cours des matières. Au niveau du colon transverse, nous avons la sensation d'une crépitation molle attribuée aux frottements de fausses membranes et pensons à une péritonite subaigüe en évolution. La palpation reste indolore, et les élèves peuvent l'examiner longuement. Mort deux jours après.

A l'autopsie, péritonite hémorragique généralisée, avec ecchymose du feuillet pariétal péritonéal. Présence de fausses membranes noirâtres, résistantes et faisant adhérer les anses intestinales entre elles.

A la partie médiane du colon transverse, tumeur noire du volume d'un petit citron aplati, de forme ovale à grand diamètre horizontal. Tumeur faite de caillots noirs, cruoriques, de fibrine étalée en membrane compacte ; maintenant le coagulum appliqué sur l'intestin. Au-dessous des caillots on trouve des fausses membranes, puis l'intestin sain.

Un peu plus à gauche, seconde tumeur analogue à la première ; mais moins bien circonscrite par la fibrine et de volume plus considérable. Pas d'obstacle au cours des matières ; intestin sain.

OBSERVATION VI

Kyste sanguin de l'hypocondre droit, consécutif à un traumatisme

Méry. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1885. — (Résumée)

Auguste M..., 76 ans, entre à l'infirmerie des Incurables pour tumeur de l'hypocondre droit. Depuis deux ans, ventre grossissant sans troubles fonctionnels. Il y a 6 mois vives douleurs lancinantes dans l'hypocondre droit ; douleurs ne s'irradient pas et se produisant à n'importe quel moment. Un ponction explorative il y a 2 mois, remena un litre et demi de liquide noirâtre, sanguinolent.

Le 3 janvier 1885 le malade est amaigri, légère teinte subictérique. Il présente de l'anorexie, pas de vomissements ; mais constipation habituelle. Douleurs lancinantes dans le côté droit, abdomen volumineux, tendu, sans circulation collatérale. Pas d'ascite et sonorité dans les parties inférieures et à gauche de la ligne blanche. La tumeur de l'hypo-

condre droit est volumineuse, mate à la percussion, se confondant avec le foie, débordant les fausses côtes de 10 cm. La tumeur est lisse, rénitente et sans bosselure. Le poulx est filiforme ; arythmie totale. Oedème malléolaire blanc et mou surtout à gauche.

Le diagnostic est celui de sarcome kystique ou de kyste sanguin du péritoine. Le malade mourant le 10 janvier ; nous apprenons par sa fille qu'il avait reçu il y a 4 ans, un coup de tampon de wagon, dans le côté droit.

A l'autopsie, tumeur de l'hypocondre droit, hémisphérique, lisse, de la grosseur d'une tête d'adulte. Pas d'adhérence à la paroi antérieure, en contact avec la paroi lombaire. Le colon transverse dilaté se voit au-dessus de la tumeur qui adhère au foie et au diaphragme. Le rein droit est déformé et anémié.

Le kyste à paroi antérieure lisse, rosée, contient 2 litres 1/2 environ de liquide séro-sanguinolent, noirâtre avec des caillots fibrineux.

La paroi épaisse (2 millimètres) ; présente des masses irrégulières de couleur ocreuse et brunâtre, très friables (caillots fibrineux anciens). Par places on trouve des parties dures, crétacées. Entre la paroi et les caillots, on trouve une couche sanguine noirâtre, les séparant et de date récente.

L'examen histologique montre que cette paroi est formée par la superposition de plusieurs couches de tissu fibreux adulte ; contenant des fibres élastiques, surtout dans les couches les plus internes. Les parois contiennent une multitude de canaux vasculaires contenant des amas de globules.

OBSERVATION VII

Kyste hématique du méso-colon transverse.

Isambart Owen. — *The Lancet*, 1881, p. 1124.

Chez une femme de 67 ans, morte à Saint-Georges Hospital, on trouva à l'autopsie du méso-colon le transverse distendu par une masse de caillots sanguins occupant la partie supérieure de l'abdomen; repoussant en haut le foie, l'estomac et le diaphragme. L'examen des vaisseaux, ne fit pas découvrir la cause de l'hémorragie. L'aorte était légèrement athéromateuse, les autres viscères étaient normaux. Les poumons étaient emphysémateux et le cœur surchargé de graisse.

OBSERVATION VIII

Kyste hématique du méso-colon transverse.

Williams. — *The Lancet*, 1881, p. 1124.

Hématome du méso-colon transverse chez une femme morte de bacilliose. Il est probable, que de fortes attaques de vomissements qu'elle présentait, expliquent l'hémorragie.

OBSERVATION IX

Lymphangiome kystique hémorragique du méso-colon transverse.

Masalitinoff. — *Karkow Medical Journal*, (1906), in-Timbal.
(Résumée).

Vieillard de 72 ans mort de gangrène pulmonaire; à

l'autopsie duquel on trouva par hasard, un kyste du méso-colon transverse : situé sur le côté gauche de la colonne vertébrale. L'examen microscopique montre une paroi à structure alvéolaire ; fermée d'une rangée de petites cavités de forme irrégulière, de différentes grandeurs ; séparées par des cloisons. Quelques-unes renferment un liquide rappelant la lymphe coagulée, d'autres du sang. En dehors, on observe du tissu fibreux, et enfin le péritoine.

Au fort grossissement, les alvéoles apparaissent tapissées intérieurement d'un endothélium ; au-dessous est une couche fibro-conjonctive, renfermant du sang et de la lymphe coagulée. Par places est commencée l'organisation de la fibrine ; enfin, dans la paroi des alvéoles on trouve des foyers de tissu lymphoïde.

OBSERVATION X

Kyste hématique du méso-colon transverse.

Fossard et Lecène. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1900. (Résumée)

La femme L... 26 ans, entre dans le service le 18 décembre 1900 pour tumeur de l'abdomen.

Pas d'antécédents pathologiques. Début de la tumeur il y a 2 ans. Il y a six semaines, douleur brusque et violente dans le côté gauche de l'abdomen, sans vomissement. Depuis dysménorrhée, constipation opiniâtre, pollakiurie. L'abdomen est coupé transversalement par une masse liquide rénitente, dure ; limitée en bas par une zone sonore, bombant dans la région sus-ombilicale. Son sommet est mat quelle que soit la situation prise par la malade. Toucher vaginal négatif. Le diagnostic est kyste du pancréas ou de l'ovaire.

Le 20 décembre, la laparotomie médiane. On tombe sur le kyste adhérent partout. La ponction en retire 3 litres d'un

liquide sanguinolent, couleur chocolat. Marsupialisation après résection d'une partie de la poche. Drainage et réfection de la paroi en trois plans. Le lendemain la malade meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, kyste du méso-colon transverse, situé à gauche de l'angle duodéno-jéjunal. De nombreux vaisseaux rampent sur sa paroi. Le kyste adhère à la queue du pancréas, contient la capsule surrénale gauche et est accolé au rein gauche.

La paroi est formée par du tissu conjonctif dense, beaucoup de pus et peu de cellules. La face interne du kyste ne présente ni endothélium, ni épithélium et est recouverte de sang, qui s'infiltre dans la paroi. La périphérie du kyste est formée de tissu conjonctif dense, présentant des vaisseaux en certains points rompus et ayant donné lieu à des hémorragies interstitielles.

Entre la couche externe et la couche interne de la paroi, on rencontre des cavités kystiques remplies d'une matière amorphe. La paroi interne de ces kystes paraît en certains points tapissée d'endothélium. Il s'agit probablement là de simples vaisseaux lymphatiques.

OBSERVATION XI

Kyste sanguin du méso-colon transverse

Lardennois. Société Anatomique de Paris, 1898. — (Résumée)

Le nommé S..., conducteur de chemin de fer, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital en 1898. Il souffre de l'estomac depuis plusieurs années. Douleurs épigastriques, exaspérées par l'ingestion d'aliments ; ballonnement stomacal après les repas, avec sensation de pleinitude et pesanteur. Vomissements très rares.

Un mois avant aurait eu trois syncopes ; malaise, vertiges et perte de connaissance de quelques minutes.

A l'examen, petite tumeur (œuf de poule) au-dessus et à gauche de l'ombilic ; résistante, bosselée et mate à la percussion. Sa mobilité est minime.

La laparotomie laisse voir un estomac un peu dilaté, colon normal. La petite tumeur arrondie, peu mobile, semble logée dans le méso-colon transverse. L'énucléation est facile malgré des adhérences à une anse intestinale, qui semble être l'angle duodéno-jéjunal. Drainage et réfection de la paroi. Suites opérations normales.

La tumeur est une poche kystique, contenant des vieux caillots sanguins ne semblant pas organisés. Sur les coupes la paroi est formée de tissu conjonctif, entre les faisceaux duquel on voit des cellules rondes embryonnaires et des éléments plus allongés. Quelques petits vaisseaux à paroi endothéliale sont remplis de globules sanguins. En dehors, on trouve un flot de cellules adipeuses provenant de la couche sous-péritonéale. Il semble que cette tumeur soit constituée par un hématome qui s'est infiltré entre les lames péritonéales et qui s'est formé à lui-même son enveloppe.

OBSERVATION XII

Kyste sanguin développé aux dépens d'un diverticule intestinal

Beurnier et Lévêque. *Société anatomique*, 1911, in thèse de Lévêque. —
(Résumée)

M^{lle} B..., 24 ans, entre à l'hôpital le 28 août 1910, pour une tumeur de la région rénale droite. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée normalement, rien du côté des reins. Il y a 3 mois quelques vagues troubles digestifs : anorexie, sensation de pesanteur après les repas ; pas de constipation vraie. Le 12 août, douleurs subites dans la région lombaire

droite, s'irradiant dans l'abdomen. Vomissements alimentaires et température à 38°. On constate alors une tumeur, qui probablement était préexistante et d'origine embryonnaire sans avoir entraîné de troubles. Elle a donc dû augmenter rapidement de volume, sous l'influence d'une cause inconnue.

La malade entre à l'hôpital se plaignant de la région lombaire droite, la crise aigüe est passée. On constate une tumeur de la région lombaire droite en contact avec la paroi postérieure. Pas de ballonnement perceptible et en avant présence d'une zone sonore. La région lombaire est empâtée, si bien que l'on peut penser à quelque chose de rénal ou de périrénal. Cependant l'appareil uro-génital semble normal. Le 1^{er} septembre on opère en incisant la région lombaire. Le rein est sain, mais en avant, l'on tombe sur une poche liquide que l'on ponctionne (1 litre 1/2 de liquide hématique.) Dans l'intérieur de la poche on trouve un petit conduit qui adhère à sa partie antérieure. On le résèque et on pense à un débri Wolfien. Marsupialisation après excision d'une partie de la paroi kystique, drainage et suture en un plan. Guérison trois semaines après.

Le Dr Letulle examina la poche et le diverticule intestinal au point de vue histologique.

La Poche. — La coupe est d'une interprétation malaisée et tout ce qu'on peut dire c'est que la paroi interne de cette poche kystique hémorragique, est en état inflammatoire et qu'elle subit un processus néo-vasculaire identique à celui qui caractérise l'inflammation végétante d'une séreuse.

Le conduit d'apparence intestinale. — Le cordon est composé d'une région centrale rappelant la coupe d'un minime appendice vermiforme du cœcum typique. Autour existe une coque connectivo-vasculaire, qui parfait, pour ainsi dire, la gaine fibreuse du canal en question.

La coupe comprend la muqueuse intestinale à épithélium cylindrique et mucipare ; avec un chorion au milieu duquel nous voyons des glandes semblables à celles de Liberkühn

et des follicules clos muqueux ou muco-sous-muqueux. Audessus nous avons une muscularismucosœ très petite, une couche sous-muqueuse et enfin, une couche rappelant les couches musculieuses de l'appendice.

Sur la bordure du conduit, nous trouvons des débris glandulaires d'origine dysembryoplastique eux aussi. Seul le hasard nous permit de les découvrir. Ces glandes « aberrantes », sont des plus utiles à la démonstration de l'origine embryonnaire de l'ensemble des lésions soumises à notre examen.

CONCLUSIONS

Les kystes hématiques du méso-colon sont rares. Nous devons y penser lorsque le diagnostic d'une tumeur abdominale ne pourra pas être fait d'une façon indiscutable. Cependant si dans l'histoire de la maladie nous trouvons le traumatisme joint aux signes physiques de ces tumeurs, nous pourrions arriver à une certaine présomption en leur faveur et à en préciser le siège. Néanmoins, nous devons nous rappeler que le traumatisme n'est pas indispensable à la production de ces hématomes ; que certains se forment aux dépens de kystes séreux congénitaux, d'origine lymphatique ou embryonnaire.

Leur évolution est en général rapide, d'un pronostic sévère à cause des complications graves que nous avons envisagées tout à l'heure. Le malade arrive fatalement à un état de cachexie dont il meurt rapidement.

Il faudra intervenir le plus vite possible, dès que l'on aura fait un diagnostic de présomption en faveur du kyste hématique du mésocolon.

L'intervention de choix sera la laparotomie au niveau de la tumeur. En principe, il sera bon de n'aborder le kyste qu'à l'aide de trois incisions. L'une médiane, pour ceux du méso-colon transverse ; deux latérales, une gauche et une droite pour les hématomes des mésos descendant ou ascendant, en passant sur le bord externe des muscles grands droits de l'abdomen. Au cours de l'intervention, le chi-

rurgien, choisira entre l'extirpation ou la marsupialisation. Souvent il préférera cette dernière; opération rapide, plus facile, offrant moins d'inconvénients que l'autre, tout en donnant d'aussi bons résultats.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

M. DENUCÉ.

Vu : *Le Doyen,*

D^r SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 15 février 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARÉKION. — Kystes du mésentère. Thèse de Paris (1890-1891), n° 318.
- AUGAGNEUR. — Thèse d'agrégation de chirurgie Paris (1885-86), n° 10.
- BÉGOUIN. — Traitement des kystes du mésentère. *Rev. de Chirurgie* (1898), p. 209.
- BÉRARD. — Des hématomes du mésentère. Thèse de Paris (1888), n° 15.
- BESNIER. — De la pachypéritonite-hémorragique. *Annales de Gynécologie*, tome I (p. 403), tome II (p. 110-258-355).
- BEURNIER. — Société anatomique de Paris (19 juin 1911).
- BIANCHI. — *Riforma Médica* (novembre 1891).
- BRAQUEHAYE. — Kystes du mésentère. *Arch. Générales de Médecine* (1892), tome II (p. 303).
- BUTTAR. — Kystes sanguins du mésentère. *West London Médical Journal* (1904).
- CHAYRON. — Kyste Séro-hématique intra-péritonéal. Thèse Paris (1877), n° 552.
- CHEYROUZE. — Kystes du méso-colon gauche. Thèse de Bordeaux (1913-14), n° 114.
- COLLET. — Kystes du mésentère. Thèse de Paris (1884), n° 178.
- CUNÉO. — Laparotomie suivie de drainage et les kystes du mésentère. *Bulletin médical* (1888).

- DUBUT. — Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine.
Thèse Paris (1889-90), n° 352.
- DUVERGEY et JOLTRAIN. — Kyste hématique du méso-colon avec
obstruction intestinale. (Bulletin de la réunion Médico-
Chirurgicale de la 7^e région, novembre 1917).
- FOSSARD et LECÈNE. — Bulletin de la Société Anatomique (1900),
p. 10076.
- ISAMBART Owen. — The Lancet of London (1881), p. 1124.
- JACQUOT et FAIRISE. — Revue de Gynécologie (1913), in thèse de
Cheyrouze.
- JEANNEL. — Revue de Chirurgie (1910), p. 257.
- LARDENNOIS. — Kyste hémorragique du méso-colon transverse.
Bull. Soc. Anatomique n° 22, (1888).
- LEGROUX. — Bulletin de la Société Anatomique (1869), p. 470.
- LÉVÊQUE. — Kystes sanguins mésentériques et rétro-péritonéaux.
Thèse de Paris (1911).
- MANOLESCO. — Thèse de Paris (1879).
- MOSALITINOFF. — Karkow Medical Journal (1906), in Timbal,
p. 62.
- MÉRY. — Bulletin de la Société Anatomique (1885), p. 39.
- PAPANICOL. — Les kystes rétro-péritonéaux. Revista de Chirur-
gia (1908).
- PÉAN. — Leçons cliniques, (1877-78).
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen,
(1880), tome I.
- POTEL. — Pathégonie des kystes du mésentère, Echo Médical du
Nord (1902)
- PROUST et MONOD. — Contribution à l'étude des kystes du
mésentère. Rev. de gynécologie (1912)
- RICHE. — Des kystes traumatiques de l'abdomen. L'Union
Médicale (1877), p. 82 et 130.
- ROQUES. — Kystes hématiques du mésentère. Thèse de Lyon
(1899-1900), n° 105.

ROUILLER. — Kystes hématiques du péritoine. Thèse de Paris (1885), n° 217.

TIMBAL. — Revue de chirurgie (1910). Les kystes sanguins du mésentère.

VILLAR. — Kyste du mésocolon gauche, in thèse de Cheyrouze.

WILLIAMS. — The Lancet of London (1881), p. 1124.

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
15, COURS DE LA MARNE.
